

# Mitgeltende Unterlage

## Kapitel E 10.2.12 Einzug neuer Bewohner/- innen – Arztbericht

### Ärztlicher Bericht zur Heimaufnahme

#### Persönliche Daten:

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsname: ..... Geschlecht:  männlich  weiblich

Geb. Datum: ..... Geburtsort: .....

Fam.Stand: ..... Konfession: .....

Staatsangehörigkeit: .....

#### Bisherige Anschrift:

Straße: ..... PLZ: .....

Ort: ..... Telefon: .....

#### Allergien/ Unverträglichkeiten:

.....

Hepatitis:  ja  nein

Typ: .....

MRSA/ ORSA:  ja  nein HIV:  ja  nein

Patientenpass:  ja  nein ESBL:  ja  nein

Klinikaufenthalte:  ja  nein wenn ja: ORT:.....

Diagnosen: .....

Unfälle i. d. letzten 5 Jahren:  ja  nein

Ja welche: .....

#### Bestätigung nach § 48a Bundesseuchengesetz und Infektionsschutzgesetz

Eine ansteckende Krankheit TBC  ja  nein  
Bestätigung nach § 36 Seuchenrechtsneuordnungsgesetz

Suchtkrankheiten:  ja  nein

Ja welche:

Größe: ..... Gewicht: ..... RR: ..... Puls: ..... BZ: .....

**Mitgeltende Unterlage****Kapitel E 10.2.12 Einzug neuer Bewohner/- innen – Arztbericht****Ärztliche Diagnosen:**

-----

-----

**Bestehende Medikation:**

-----

-----

**Bestehende Therapie:**

-----

-----

**Ernährungszustand:**  normal  reduziert  adipös  kachektisch  
**Kostform**  Normalkost

**Diät**  ja wegen -----

**Sondenernährung**  ja wegen -----

**Besondere Kostform**  ja wegen -----

**Sehfähigkeit**  normal  eingeschränkt  fast blind  blind **Brille**  ja  nein  
**Hörfähigkeit**  normal  eingeschränkt  fast taub  taub **Hörgerät**  ja  nein  
**Sprechvermögen**  normal  eingeschränkt  Aphasie-Ursache  
**Verständigung**  gut  bedingt  keine

**Bewegungsfähigkeit**  normal  eingeschränkt  keine, -----  
 Ursache:

**Funktion der Arme**  normal  eingeschränkt  Lähmung  Deformierung  
**Hände**  normal  eingeschränkt  Lähmung  Deformierung  
**Beine**  normal  eingeschränkt  Lähmung  Deformierung  
**Füße**  normal  eingeschränkt  Lähmung  Deformierung

**Wirbelsäule**  normal  Veränderungen, -----  
 welche

Hilfsmittel  nein  ja, welche -----  
 Prothesen  nein  ja, welche -----

-----  
 Unterschrift u. Stempel des Arztes

Verteiler: C, D, E, F, G1, G2

Bearbeiter: Wieland/Quanz	Datum: 03.02.2011	Freigabe: GF	Version: 2	Dateiname: Kap E 10 2 12 MU Einz Bew Arztbericht Vers 2	Seite 2 von 2 © DZF
------------------------------	----------------------	-----------------	---------------	------------------------------------------------------------	------------------------